



NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN

تاريخ استكمال الاستشارة:	CATEGORY: P / B / N	تاريخ الميلاد:	اسم المشترك ورقم DCN:
Form completed by: <input type="checkbox"/> Participant or WIC Staff: <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nutritionist <input type="checkbox"/> WIC Certifier			
<p>يرجى التفكير في نظام تغذيك العادي والإجابة على الأسئلة التالية بقدر المستطاع.</p> <p>يرجى وضع علامة <input checked="" type="checkbox"/> في المربع وأو كتابة إجابتك.</p> <p>نظام الوجبات (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)</p>			
<p>1 كم عدد المرات التي تتناولين فيها الطعام؟ <input type="checkbox"/> وجبة خفيفة/يومياً <input type="checkbox"/> وجبة يومياً</p> <p>ما هو نوع الطعام الذي تتناولينه عادة كوجبة خفيفة؟ <input type="checkbox"/> حليب، لبن (زيادي)، جبن <input type="checkbox"/> لحم، سمك، بيض، فول <input type="checkbox"/> شرائح بطاطس/أطعمة مملحة <input type="checkbox"/> بسكويت/كيك/أطعمة حلوة <input type="checkbox"/> خبز وحبوب وأرز ومكرونة</p>			
<p>2 في أي أسبوع عادي، كم وجبة تتناولينها في المطعم، بما في ذلك مطاعم الوجبات السريعة؟ <input type="checkbox"/> وجبة/الأسبوع</p>			
<p>3 كم يوم في الأسبوع تتناول أسرتك وجبة مع؟ <input type="checkbox"/> يوم/أسبوع <input type="checkbox"/> غير مناسب (غير متزوجة)</p>			
<p>4 هل هناك شيء تريدين تغييره فيما يتعلق بالطعام الذي تتناولينه؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> حددي التغييرات:</p>			
<p>نظام الأكل (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)</p>			
<p>5 كيف يتم تحضير معظم الأطعمة؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.</p> <p><input type="checkbox"/> مخبوز <input type="checkbox"/> مقلية <input type="checkbox"/> مسلوق <input type="checkbox"/> رrost <input type="checkbox"/> مشوي على شواية <input type="checkbox"/> مشوي على الفحم <input type="checkbox"/> في الميكروويف</p>			
<p>6 هل هناك أي أطعمة تعتقدين أنك لا تأكلينها بكمية كافية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.</p>			
<p><input type="checkbox"/> نباتي <input type="checkbox"/> بكتيري لا يأكل منتجات الألبان <input type="checkbox"/> سعرات منخفضة/إنفاص الوزن <input type="checkbox"/> نظام غذائي بوذى <input type="checkbox"/> حساسية للطعام <input type="checkbox"/> قليل الدسم <input type="checkbox"/> قليل الكربوهيدرات <input type="checkbox"/> آخر: [340] [427.2]</p>			
<p>7 هل أنت تسرين على نظام غذائي خاص؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النوع.</p>			
<p><input type="checkbox"/> نباتي <input type="checkbox"/> بكتيري لا يأكل منتجات الألبان <input type="checkbox"/> سعرات منخفضة/إنفاص الوزن <input type="checkbox"/> نظام غذائي بوذى <input type="checkbox"/> حساسية للطعام <input type="checkbox"/> قليل الدسم <input type="checkbox"/> قليل الكربوهيدرات <input type="checkbox"/> آخر: [427.3]</p>			
<p>8 بعض السيدات يرغبن في أكل أشياء غير الأطعمة. هل تأكلين أي شيء من هذه الأشياء؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.</p>			
<p><input type="checkbox"/> رماد <input type="checkbox"/> طباشير <input type="checkbox"/> أخرى: <input type="checkbox"/> كميات كبيرة من الجليد و/أو التلخ <input type="checkbox"/> سجاير <input type="checkbox"/> شرائح طلاء الحدران <input type="checkbox"/> تربة <input type="checkbox"/> طين <input type="checkbox"/> نشا (نشا غسيل أو نشا ذرة) <input type="checkbox"/> تراب <input type="checkbox"/> ألياف السجاد</p>			
<p>المشروبات (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)</p>			
<p>9 هل تشربين الحليب؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النوع.</p>			
<p><input type="checkbox"/> حليب الأرز <input type="checkbox"/> حليب غنم <input type="checkbox"/> حليب غنم محلى <input type="checkbox"/> غير كامل الدسم (1%) <input type="checkbox"/> قليل الدسم (1%) <input type="checkbox"/> كامل الدسم <input type="checkbox"/> مكثف محلى <input type="checkbox"/> بودرة <input type="checkbox"/> حليب بالصوصيا <input type="checkbox"/> أخرى:</p>			
<p>10 كم مرة تشربين الحليب؟ ضعي علامة على إجابة واحدة.</p>			
<p><input type="checkbox"/> عدة مرات/اليوم <input type="checkbox"/> مرة/اليوم <input type="checkbox"/> أقل من مرة/اليوم</p>			
<p>11 كم مرة تتناولين فيها منتجات الألبان الأخرى مثل الجبن أو اللبن أو البوذنج؟</p>			
<p><input type="checkbox"/> عدة مرات/اليوم <input type="checkbox"/> مرة/اليوم <input type="checkbox"/> أقل من مرة/اليوم</p>			
<p>12 ما هي المشروبات الأخرى التي تشربينها في أي يوم عادي؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.</p>			
<p><input type="checkbox"/> عصير <input type="checkbox"/> ماء <input type="checkbox"/> مشروبات من الفاكهة <input type="checkbox"/> مشروبات الرياضيين <input type="checkbox"/> بوب/صودا عادية <input type="checkbox"/> بوب/صودا دايت <input type="checkbox"/> قهوة/شاي <input type="checkbox"/> بيرة <input type="checkbox"/> خمر <input type="checkbox"/> مشروبات كحولية أخرى <input type="checkbox"/> أخرى:</p>			

ما هو مصدر الماء الرئيسي لك؟ ضعي علامة على إجابة واحدة.	
<input type="checkbox"/> نظام المياه بالمدينة <input type="checkbox"/> بئر خاص <input type="checkbox"/> ماء معيناً في زجاجات a إذا كانت الإجابة "بئر خاص"، هل تم اختباره للتأكد من خلوه من البكتيريا أو النترات؟ <input type="checkbox"/> آمن <input type="checkbox"/> غير آمن <input type="checkbox"/> لا أعرف b هل تعرفين ما إذا كان مضانًا إليه الفلورايد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا c هل تقومين بتنظيف أسنانك بالفرشاة بمجنون به فلورايد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
المكملاط الغذائي (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)	
13 هل أخذت فيتامينات متعددة في الشهر الذي سبق آخر حمل لك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا [427.4] 14 إذا كانت الإجابة "نعم"، كم مرة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرة/الأسبوع	
15 هل أخذت أي فيتامينات أو أملاح أو أعشاب أو مكملاط عشبية في الشهر الأخير أو الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم" , ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> فيتامينات قبل الولادة <input type="checkbox"/> فيتامينات متعددة (ليس قبل الولادة) <input type="checkbox"/> مكمل غذائي من الحديد <input type="checkbox"/> مكمل غذائي من الأعشاب [427.1] [427.4] 16 هل استعملتي ملح اليد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
سلامة الطعام (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)	
17 هل لديك أجهزة كافية لحفظ الطعام وتحضيره، على سبيل المثال، ثلاجة وموقد في حالة جيدة ومكان لحفظ ليس به حشرات ضارة أو مواد كيمائية ضارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الأمن الغذائي والمشاركة في البرامج (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)	
18 في الشهر الماضي، هل شعرت أنت أو أي فرد في الأسرة أنك تأكلين أقل مما يجب أو لا تأكلين بالمرة طوال يوم كامل بسبب عدم وجود طعام كافٍ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف أو أرفض الإجابة 19 هل تشاركن في أي برامج غذاء أو برنامج تغذية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم" , ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> طوابع الطعام <input type="checkbox"/> الغداء المدرسي <input type="checkbox"/> برنامج السلع <input type="checkbox"/> مخازن الطعام <input type="checkbox"/> أخرى: _____	
النشاط البدني (هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)	
20 في أي يوم عادي، كم عدد الدقائق التي تمارسين فيها نشاطاً بدنياً؟ <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> 30-0 <input type="checkbox"/> 30-31 <input type="checkbox"/> 60-31 الحمل (هذا الجزء لا يتم استكماله إلا إذا كنت حاملاً في الوقت الحالي) 21 ما مقدار الزيادة في وزنك التي تعاندين أنه يجب عليك تحقيقها مع هذا الحمل؟ <input type="checkbox"/> رطل <input type="checkbox"/> لا أعلم	
22 هل تعانين من أي مشكلة من المشكلات التالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم" , ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> إمساك <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/> قيء <input type="checkbox"/> حرقة في المعدة <input type="checkbox"/> آخر: _____	
23* هل تأكلين أطعمة مثل: a. سمك غير مطهي أو محار <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا b. سمك مدخن محفوظ في الثلاجة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا c. لحوم أو دجاج أو ديك رومي غير مطهي أو نصف مطهي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا d. لحوم لشنون أو لحوم ديلي أو نفانق غير مطهية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا e. باتيه أو لحوم قابلة للدهن <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا f. حليب غير معقم أو أطعمة تحتوي على حليب غير معقم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا g. أجبان طرية مثل الفيتا والكامبريت والجين الذي به خطوط زرقاء والجين المكسيكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا h. بيض غير مطهي أو نصف مطهي أو أطعمة تحتوي على بيض غير مطهي أو نصف مطهي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا i. أوراق حضراءات غير مطهية (الفالف، برسيم، فجل)، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا j. عصير فاكهة أو حضراءات غير مبستر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الرضااعة الطبيعية (هذا الجزء لا يتم استكماله إلا إذا كنت حاملاً في الوقت الحالي)	
24 هل لديك مشكلات تتعلق بالرضااعة الطبيعية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا [602] إذا كانت الإجابة "نعم" , اذكر تلك المشكلات:	
TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY	
SIGNATURE (NUTRITION COUNSELING):	SIGNATURE (RISK ASSESSMENT):
DATE	DATE